FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 51.

DU POINT DE DÉPART

DE LA

TUBERCULOSE GÉNITO-URINAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 25 janvier 1895

PAR

Jacques-Pierre-Daniel-Marie-Ernest PASQUET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Meymac (Corrèze), le 12 avril 1870.

Examinateurs de la Thèse..	MM. BOUCHARD	professeur,	*Président*
	MASSE	professeur,	*Juges*
	MESNARD	agrégé	
	POUSSON	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 51.

DU POINT DE DÉPART

DE LA

TUBERCULOSE GÉNITO-URINAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 25 janvier 1895

PAR

Jacques-Pierre-Daniel-Marie-Ernest PASQUET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Meymac (Corrèze), le 12 avril 1870.

Examinateurs de la Thèse..	MM. BOUCHARD	professeur,	*Président*
	MASSE	professeur,	*Juges*
	MESNARD	agrégé	
	POUSSON	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ.....
AZAM..... } Professeurs honoraires

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHE.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	N.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Cliniq. des Maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cl. des mal. des fem.	BOURSIER	Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Zoologie	BEILLE

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A MES CAMARADES DU CORPS DE SANTÉ
DES COLONIES ET DE LA MARINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A mon président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHARD

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE — COMMANDEUR DE L'ORDRE DE CHARLES III D'ESPAGNE

COMMANDEUR DE L'ORDRE DE LA ROSE DU BRÉSIL, ETC., ETC.

INTRODUCTION

Il est prouvé, depuis longtemps, que bon nombre de tuberculoses locales peuvent évoluer sur place sans se généraliser.

Parmi ces tuberculoses locales, il faut citer au premier rang la tuberculose génito-urinaire, qui, par ses allures bien caractéristiques, non seulement forme, pour ainsi dire, un tout bien distinct, mais encore est susceptible de rester fort longtemps isolée.

Si tout le monde est d'accord sur cette question, il n'en est pas de même quand il s'agit de déterminer le point de départ de la tuberculose génito-urinaire. Nous trouvons à ce sujet les opinions les plus contradictoires.

Aussi, sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Pousson, avons-nous pensé qu'une mise au point de la question pourrait faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Avant d'aborder notre travail il est un devoir pour nous, bien doux à remplir, à la vérité, c'est celui de remercier tous ceux qui dans le cours de nos études médicales nous ont témoigné de l'intérêt.

M. le professeur Piéchaud, dans le service duquel nous avons passé un an comme externe, a droit le premier à toute notre reconnaissance, pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Que M. le professeur agrégé Pousson, qui nous a donné le sujet de notre travail et nous a, par ses conseils éclairés, facilité beaucoup notre tâche, soit assuré de notre profonde gratitude.

Nous adressons nos meilleurs remercîments à M. Donnadieu, interne des hôpitaux, qui avec une extrême obligeance nous a fourni de précieux documents.

A M. le professeur Bouchard nous offrons l'expression de notre sincère et vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

DIVISION DU SUJET

Nous ne pouvons mieux faire que de suivre le plan que nous avons trouvé dans un travail qu'a publié dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, M. Donnadieu, interne des hôpitaux.

1° La tuberculose débute-t-elle plutôt dans les organes génitaux que dans les organes urinaires ?

2° Par où envahit-elle les organes urinaires ?

3° Par où pénètre-t-elle dans les organes génitaux ?

Nous nous proposons enfin de voir si la connaissance du début de la tuberculose dans l'appareil génito-urinaire n'entraîne pas à sa suite quelques conséquences thérapeutiques.

DU POINT DE DÉPART

DE

LA TUBERCULOSE GÉNITO-URINAIRE

CHAPITRE PREMIER

La tuberculose débute-t-elle plutôt dans les organes génitaux que dans les organes urinaires ?

Si bien souvent chez un malade, ne présentant dans aucun autre appareil la moindre lésion, le médecin est obligé de faire le diagnostic de tuberculose génito-urinaire, de nombreuses observations ont depuis fort longtemps prouvé, et cela non seulement par les signes cliniques, mais par l'anatomie pathologique que l'appareil génital seul, exclusivement, pouvait être envahi sans que de leur côté les organes urinaires présentent la moindre lésion.

D'un autre côté, des observations non moins nombreuses ont également fait voir que si l'appareil urinaire pouvait être atteint de tuberculose, il pouvait l'être absolument seul, sans participation aucune de l'appareil génital.

Ce point étant établi, pouvons-nous savoir par quelle partie de l'appareil génito-urinaire débute le plus souvent la tuberculose? Si ce point de départ réside plus souvent dans l'appareil génital que dans l'appareil urinaire ?

Une réponse logique ne peut, croyons-nous, nous être donnée qu'en examinant les opinions des auteurs, en nous occupant, d'un autre côté, des résultats fournis par les autopsies, en tenant compte, en troisième lieu, des données cliniques et en analysant enfin les observations que nous aurons pu recueillir.

I. — Opinions des auteurs.

Evidemment, nous devions nous attendre à trouver dans la littérature médicale sur ce sujet là, deux opinions absolument différentes, à savoir que, pour les uns le début avait lieu le plus souvent par l'appareil génital, pour les autres par l'appareil urinaire.

En effet, sans fouiller trop avant dans le passé (nos recherches seraient peu instructives), laissant même de côté la période cependant féconde qui naît avec Laënnec (le tubercule du poumon est alors défini), nous ne voulons que signaler les travaux de Bayle, de Louis, ceux de Boyer, d'Astley Cooper, pour arriver en 1854 à la thèse de Dufour, dont nous disons un mot, et pour examiner les auteurs et les maîtres contemporains.

Dufour, dans sa thèse d'agrégation de 1854 s'occupant sur-

tout de la tuberculisation du testicule, pense que si dans la tuberculose génito-urinaire le point de départ tuberculeux réside dans le testicule, non seulement de là il envahit le reste des organes génitaux, mais aussi l'appareil urinaire et doit par une marche plus ou moins rapide dégénérer en tuberculose généralisée.

Un des grands maîtres des maladies des voies génito-urinaires, le professeur Guyon disait dans une de ses leçons : « Les lésions du testicule et des vésicules séminales peuvent exister sans qu'il y ait tuberculose urinaire, et c'est le cas le plus ordinaire. »

Dans une autre leçon le même auteur, parlant de la cystite tuberculeuse, reconnaît qu'elle est rarement primitive, parce que dans la grande majorité des cas, il a été permis de constater soit dans l'épididyme, le cordon et surtout les vésicules séminales des noyaux indurés caractéristiques.

Telle est également l'opinion de Voillemier et Le Dentu.

Duplay, admet également ce début génital et sa tendance à envahir l'appareil urinaire : « Les altérations de la tuberculose, dit-il, restent rarement limitées à l'épididyme, au testicule et à la tunique vaginale; elles s'accompagnent le plus généralement des lésions de même nature du canal déférent, des vésicules séminales, de la prostate, de la vessie, de l'urèthre et des reins. »

Rayer tout en admettant que les tubercules des reins, après s'être propagés aux uretères et à la vessie, s'étendent quelquefois chez l'homme à la prostate et aux vésicules séminales, ajoute cependant, que les maladies des reins sont plus souvent provoquées par celles des organes de la génération qu'elles n'excitent ou n'aggravent ces dernières.

Ricord, ayant constaté que souvent un gonflement doulou-

reux de l'épididyme est la première manifestation apparente d'une tuberculose génito-urinaire, donne comme plus fréquent le début génital.

Reclus, dans sa thèse, remarquable à tant de titres, sur le tubercule du testicule et l'orchite tuberculeuse, s'occupe surtout de la marche de l'affection des voies génitales; ce n'est qu'incidemment que l'auteur parle de la tuberculose urinaire. Dans son esprit les lésions urinaires succéderaient aux lésions des organes génitaux.

Vogel, Rokitansky, professent la même manière de voir; pour eux la tuberculose débute par le testicule et s'étend de là à la vessie et aux reins.

Labadie-Lagrave, à propos de la néphrite caséeuse, pense que le rein n'est pris que secondairement. Le point de départ de la lésion caséeuse, dit-il, peut être dans la vessie, la prostate et surtout le testicule.

Pour Lancereaux, l'appareil génital serait le plus souvent atteint le premier.

Jusqu'ici ces maîtres autorisés, dont nous venons d'exposer l'opinion, admettent donc plus volontiers que la tuberculose débute par l'appareil génital et que dans son extension elle suit une marche ascendante vers l'appareil urinaire.

D'un autre côté, certains auteurs prétendent que le début a lieu plus souvent par la voie urinaire et apportent à leur manière de voir des faits intéressants que nous examinerons du reste plus loin.

Lécorché par exemple, dans son *Traité des maladies des reins*, admet qu'il existe plus souvent un envahissement progressif par l'appareil urinaire.

Rilliet et Barthez partagent son opinion.

Smith, Wilkes, Roberts placent le début de l'affection tuberculeuse génito-urinaire dans l'appareil urinaire. Durand

Fardel et Gaultier, dans leurs thèses, partagent ces idées, et Collinet, dans sa thèse également, arrive à de semblables conclusions : « D'après notre statistique, dit-il, la tuberculose de la prostate accompagnerait bien plus souvent celle du rein que celle du testicule. »

Cayla (Thèse de Paris, 86-87) se basant sur des considérations anatomo-pathologiques, tout en reconnaissant qu'il est des cas de tuberculose génitale primitive sans lésions urinaires, pense que généralement le début du processus ne se produit pas dans l'appareil génital, mais a lieu dans l'appareil urinaire. Il fait remarquer que cette dernière opinion est soutenue par les anatomo-pathologistes et que les cliniciens, au contraire, penchent pour le premier mode d'envahissement. Pour lui, la clinique doit céder le pas à l'anatomie pathologique : « L'épididymite tuberculeuse, dit-il, est souvent la première détermination appréciable de la tuberculose génito-urinaire, celle pour laquelle le malade vient réclamer les secours de l'art. Il est sans doute bien difficile au clinicien de se défendre de l'idée que c'est là la première manifestation de la diathèse. »

Faisons remarquer en passant que nous ne voulons, bien entendu, parler que de la tuberculose absolument localisée dans l'appareil génito-urinaire, de cette tuberculose lente, chronique, qui sourdement s'installe dans une région de l'appareil génito-urinaire, ne sort pas de cet appareil, y détermine des lésions variées, demeure longtemps quelquefois sans provoquer de sérieux désordres, mais qui souvent, bien que marchant à pas lents, si une thérapeutique rationnelle et énergique ne vient pas l'enrayer, met le patient dans une terrible situation.

II. — Résultats fournis par les autopsies.

Quelle réponse vont nous donner les autopsies au sujet de ce début génital ou urinaire ? Tout d'abord, il semble qu'une réponse définitive va nous être fournie par l'interprétation des résultats qu'elles vont nous apporter.

Il semble, en effet, tout d'abord, qu'un examen anatomo-pathologique d'un appareil génito-urinaire tuberculeux et seul tuberculeux va lever tous les doutes. L'âge respectif des lésions ne devrait-il pas nous renseigner exactement ?

Si théoriquement, ce raisonnement semble logique, il est loin, au point de vue pratique, de conduire à des résultats satisfaisants.

Tout d'abord, en effet, il faudrait établir que le processus tuberculeux suit dans son évolution, au milieu de cet appareil génito-urinaire, une marche égale et dans le système génital et dans le système urinaire. Pouvons-nous être sûr que c'est avec une même rapidité qu'un tubercule évolue dans l'un ou dans l'autre de ces appareils ? Deux tubercules, supposés nés le même jour dans un même organisme, l'un dans le testicule, l'autre dans le rein, nous donneront-ils plus tard, dans une autopsie, une même ulcération et de forme et d'étendue et d'aspect ? Malheureusement non. L'un sera peut-être encore tubercule, l'autre ulcération, et cependant le point tuberculeux primitif avait apparu en même temps d'un côté et de l'autre.

Il est un fait, en outre, fort important à noter. Lorsqu'un appareil génito-urinaire est envahi en entier, rien ne permet dans la majorité des cas de savoir si le processus a pris son origine dans l'appareil génital ou dans l'appareil urinaire.

En effet, si d'un côté, on rencontre des tubercules à des phases diverses de leur évolution, on constate de l'autre, tous les stades du processus, depuis la granulation grise jusqu'à l'ulcération.

Nous ne nous arrêterons donc pas plus longtemps sur ces résultats donnés par les autopsies puisqu'ils ne nous permettent pas de nous approcher du but que nous nous proposons. Voyons ce que nous donnera l'examen clinique.

III. — **Résultats fournis par les données cliniques.**

Des symptômes absolument différents nous seront évidemment fournis par un tuberculeux génito-urinaire, au début de son affection, suivant la région que cette tuberculose vient d'envahir. Il est clair que des signes cliniques caractéristiques permettront, dans la majorité des cas, au médecin, d'établir la porte d'entrée du processus.

Aucune douleur du côté des reins et de la vessie, aucune modification dans la sécrétion et l'excrétion de l'urine ; il n'y a jamais eu d'hématurie ; il existe seulement, au moment de l'examen, un gonflement douloureux de l'épididyme ; le clinicien, au point de vue du début de l'affection, peut-il rester longtemps hésitant ? D'un autre côté, un tuberculeux génito-urinaire se présente avec des besoins impérieux et nombreux d'uriner; ses urines sont troubles; de plus, sa vessie est douloureuse à la pression. L'examen microscopique a démontré la présence de bacilles ; au toucher rectal, la prostate ne présente aucune bosselure ; rien au testicule, à l'épididyme. Evidemment, le clinicien est en droit de fixer, dans l'appareil urinaire, le début de la tuberculose.

On pourra nous objecter, il est vrai, que si à ce moment là, chez un tuberculeux urinaire par exemple, on ne trouve cliniquement rien à la prostate, le microscope aurait pu y découvrir des lésions tuberculeuses.

Peut-être, dirons-nous, et en supposant même que la prostate serait dans ce cas-là atteinte, elle le serait bien peu et logiquement d'une façon secondaire, pour ne pas le déceler par un symptôme quelconque.

Aussi, n'est-il pas naturel d'admettre que le premier organe qui manifeste par une série de symptômes son envahissement par un processus quelconque est le premier atteint ?

Examinons maintenant pour pouvoir obtenir de notre côté une conclusion au point de vue du début par l'un ou l'autre appareil, de la tuberculose génito-urinaire, les résultats que nous fournissent les malades qui, depuis trois ans, fréquentent la consultation de M. le professeur agrégé Pousson.

Nous avons parcouru le cahier des consultations et nous trouvons, en effet, comme diagnostic, 36 cas de tuberculose vésicale, 3 cas de prostate tuberculeuse et 12 cas qui ont également comme diagnostic : épididyme ou testicule tuberculeux.

Nous sommes donc obligé de conclure que l'appareil urinaire semble plus souvent atteint que l'appareil génital.

CHAPITRE II

Par où la tuberculose envahit-elle les organes urinaires ?

Nous suivrons dans ce chapitre le plan que nous avons déjà suivi dans le premier, à savoir :

1° Quelles sont les opinions des auteurs ;

2° Quels sont les résultats fournis par les autopsies;

3° Ceux fournis par les données cliniques.

1° Opinions des auteurs

Si dans la question que nous avons examinée précédemment, nous avons été obligé de constater une grande divergence d'opinions au sujet du point de départ le plus fréquent du processus tuberculeux, dans l'appareil génital ou dans l'appareil urinaire, de même, ici, sur le sujet qui nous occupe en ce moment, nous sommes frappé du désaccord profond qui règne entre les auteurs.

Par où débute cette tuberculose urinaire ? Est-ce plutôt par le rein ? Est-ce plutôt par la vessie ? Evidemment nous devions nous trouver en présence de deux écoles, l'une soutenant le début vésical, l'autre le début rénal. Pour la première, la marche des lésions est ascendante, pour la deuxième elle est descendante.

Comme pour notre premier chapitre, nous ne remonterons pas bien loin dans la littérature médicale ; nous examinerons uniquement l'opinion des auteurs contemporains.

Nommons, d'abord, ceux qui donnent au processus tuberculeux urinaire un début vésical, qui donnent à la marche des lésions une direction ascendante.

Dans les *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, de septembre 1888, Guyon, défenseur convaincu du début vésical, dit que lorsque l'on étudie dans son ensemble la tuberculose urinaire, on voit que tous les renseignements cliniques déposent dans le même sens, que tous montrent au point de vue de la filiation des accidents, le rôle prépondérant de la vessie. Le rein n'entre en scène qu'après elle, lorsqu'elle l'y a préparé, lorsqu'elle le permet.

Pour Tuffier, « la tuberculose vésicale est primitive dans l'appareil urinaire, c'est le cas de beaucoup le plus fréquent ; exceptionnellement, elle est secondaire à une lésion rénale. » (*Traité de Chirurgie*, tome VII, page 782.)

Pour Voillemier et Le Dentu, la vessie entre la première en scène.

Rayer, dont nous trouvons l'opinion dans la thèse de Cayla, croit à une marche le plus souvent ascendante.

De même, Cohnheim, Verneuil, Fournier, puisqu'ils admettent l'inoculation directe de la femme à l'homme pendant le coït, par l'intermédiaire du mucus vaginal tuberculeux. Si certains faits semblent appuyer cette opinion, ce ne

peut être que dans des cas exceptionnels; les faits de tuberculose vésicale chez les enfants en bas âge de même que chez des vierges, prouvent que ce n'est pas là un processus unique.

Lancereaux, dans les *Annates des maladies des organes urinaires*, de 1883, est un défenseur de la cystite tuberculeuse primitive.

De même Tapret, dans un article sur la tuberculose des voies urinaires, paru dans les *Archives générales de médecine*, de 1878, soutient ce début vésical.

Vogel, Rokitansky, Terrillon, Duplay, Janin défendent ce point de départ du processus que soutiennent également Labadie-Lagrave et Dolbeau.

Pour une foule d'auteurs dont nous ne citerons que les principaux, une marche inverse se produit, en même temps qu'un début absolument différent s'impose. Pour eux, loin de considérer la vessie comme primitivement tuberculeuse et la lésion rénale secondaire, la porte d'entrée est dans le rein; la vessie, secondairement, est envahie.

Lécorché, défenseur aussi acharné du début rénal que Guyon l'est du début vésical, doit être placé le premier.

Rillet et Barthez localisent aussi primitivement le processus dans le rein, d'accord en cela avec MM. Smith, Wilkes, Kœnig et Durand-Fardel dans sa thèse.

Gaultier, dont nous avons déjà cité la thèse sur la tuberculose rénale primitive, de même que Cayla, dont nous avons également parlé, défendent avec acharnement le début rénal de la tuberculose urinaire.

« Après la lecture de plus de cent autopsies que nous avons recueillies dans les diverses publications, dit Cayla, principalement dans les *Bulletins de la Société anatomique*, depuis 1830, nous sommes resté convaincu que les lésions de la

tuberculose génito-urinaire débutaient par les parties supérieures du système, par le rein. Il est juste de reconnaître qu'il existe quelques cas, ajoute-t-il, où la marche des lésions semble avoir fait exception à cette loi. » Voulant appuyer son opinion de début rénal par trois expériences, Cayla, après avoir inoculé, injecté, ligaturé des cobayes, est obligé de constater qu'il n'a pu produire ni lésions rénales, ni lésions vésicales.

Il est à remarquer que l'anatomo-pathologiste est en général partisan de la marche descendante, le clinicien de la marche ascendante de l'affection.

Les observations que nous avons pu examiner, nous permettent de donner notre opinion, à savoir que, si le début se fait d'une façon très générale par la vessie, il est des cas très rares de début par le rein.

Nous ne nous occupons, bien entendu, toujours que de ces cas de tuberculose à marche lente chronique.

Dans les tuberculoses rapides, en effet, la tuberculisation de l'arbre urinaire, si souvent constatée, n'est qu'un épiphénomène de la tuberculisation générale. MM. Cornil et Ranvier ont démontré que le bacille tuberculeux était porté au rein par la circulation.

Il est loin d'en être de même pour ces tuberculoses chirurgicales, sourdement envahissantes, si la démonstration donnée par Cornil et Ranvier, ainsi que par leur élève Durand-Fardel, de la tuberculisation rénale dans les tuberculoses rapides. est faite depuis fort longtemps.

Quels arguments vont nous apporter les autopsies en faveur du début par le rein de la tuberculose urinaire ?

2° Résultats fournis par les autopsies.

Dans la presque totalité des cas de tuberculoses urinaires soumis à l'autopsie, on est frappé de la complexité des lésions.

« Les autopsies, dit Tuffier, ne montrent, le plus souvent, que des lésions généralisées au milieu desquelles il est souvent difficile de retrouver le point de départ de la maladie. » Presque toujours, en effet, les reins, les uretères, la vessie, sont envahis, et cela dans une proportion variable.

Que trouvons-nous du côté des reins ?

Tantôt, garni de masses d'un gris jaunâtre, arrondies, le rein, à la période d'infiltration nodulaire, peut atteindre le double de son volume normal. A la coupe, ces masses du volume d'une noisette à une mandarine, sont les unes encore dures, les autres ont leur centre caséifié.

Le plus souvent l'autopsie ne montre le rein qu'à une période plus avancée, à la période ulcéreuse. Tous ces nodules ont augmenté de volume, se sont ramollis et par suite ouverts dans le bassinet. L'organe plus ou moins détruit, creusé d'excavations à bords irréguliers, de véritables cavernes analogues aux cavernes pulmonaires peut, indépendamment de tous ces désordres, voir se former, dans son intérieur, d'énormes cavités dues à l'oblitération primitive de l'uretère.

Une masse informe enfin, à enveloppe mince et transparente, à contenu solide, dense, semblable à du mastic de vitrier, peut représenter le rein à une période très avancée de l'évolution tuberculeuse ; il y a eu dégénérescence massive du rein.

D'un autre côté, nous devons signaler les lésions de voisinage : des adhérences du rein à l'intestin, à la veine cave, sont notées ainsi que des abcès périnéphrétiques.

Quant à la vessie, généralement entourée d'une graisse jaunâtre, elle est petite, ratatinée, revenue sur elle-même. Ses parois sont épaisses, indurées. Les lésions de la muqueuse, toujours les mêmes sont, ou des infiltrations, ou des ulcérations. Les granulations rarement appréciables, se présentent sous l'aspect d'un fin piqueté grisâtre, masqué en grande partie par le gonflement de la muqueuse.

Tantôt uniques et larges, quelquefois multiples et de faible étendue, à bords irrégulièrement découpés, quelquefois taillés à pic, les ulcérations de la muqueuse présentent un fond gris verdâtre, couvert d'une couche purulente. Leur profondeur peut varier de la simple exulcération jusqu'à la perforation.

On peut alors rencontrer des abcès de la cavité de Retzius, des fistules hypogastriques, rectales ou vaginales. En général, l'ulcération ne dépasse pas cependant la couche musculaire.

Telles sont les lésions que l'on retrouve aux autopsies dans la presque totalité des cas. Peuvent-elles, au point de vue du départ de la tuberculose urinaire, nous donner un renseignement précis ? Comme nous l'avons dit précédemment, il semblerait que théoriquement, *a priori,* dans cette coexistence de la tuberculose dans le rein et la vessie, il serait possible. par l'examen des lésions, de reconnaître l'âge respectif de la tuberculose de chaque organe. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. En général, on se trouve en présence de lésions trop avancées et cela de part et d'autre, pour qu'il soit possible de leur assigner un âge précis.

Est-il prouvé, de plus, qu'un tubercule évolue avec une rapidité égale dans le rein et dans la vessie ?

3° Interprétation des données cliniques.

En général, un tuberculeux urinaire qui vient demander au chirurgien un soulagement à ses maux se présente à lui avec un ensemble de symptômes absolument caractéristiques et toujours les mêmes dans tous les cas.

Quels signes intéressants observons-nous au début et dans la suite de la maladie ? Que vont-ils nous révéler au sujet de l'organe primitivement atteint ?

Ces tuberculeux urinaires présentent un tableau clinique tout particulier.

Les mictions sont douloureuses et fréquentes. Les besoins d'uriner sont impérieux.

Les urines sont à ce moment-là claires, pâles, limpides, de quantité normale ou augmentée jusqu'à deux ou trois litres.

Une hématurie peu abondante, quelques gouttes de sang à la fin de la miction, avec une teinte rosée de l'urine pendant la durée de l'évacuation, se rencontre en général au début.

Une cystite, accusée par une douleur horrible, si l'on vient à presser l'hypogastre et à retirer la main brusquement et mise en évidence par les souffrances atroces éprouvées par le malade si l'on essaie la mise en tension de sa vessie au moyen d'une injection intra-vésicale, est donc établie.

La pyurie ne tarde pas à apparaître accompagnée d'un redoublement des douleurs qui n'abandonnent pour ainsi dire pas le malade. Peu abondant au début le pus augmente avec l'âge de la maladie.

En général, tels sont les signes que présente un tuberculeux urinaire. Avons-nous, jusqu'ici, été amené à penser au

rein ? Avons-nous retrouvé une douleur spontanée ou provoquée du côté de cet organe ? Ce n'est, en effet, que dans une période assez avancée qu'apparaissent les phénomènes rénaux.

Arrêtons-nous un instant au symptôme hématurie. Très fréquente au début de la tuberculose rénale, véritable hémoptysie congestive, l'hématurie est rarement abondante ; ce ne sont en général que des grumeaux striés de sang. Exceptionnellement les mictions sanglantes se succèdent, donnant lieu à des caillots nombreux. Le sang est intimement mélangé à l'urine. Capricieuse dans son apparition, dans sa durée, rien ne permet de la distinguer en général de celle qui est due à une infection bacillaire de la vessie. Elle diminue de fréquence avec l'aggravation des lésions.

Un caractère, rare à la vérité, de cette hématurie d'origine rénale et d'essence tuberculeuse est le suivant : pissements de sang, parfois de longue durée, sans purulence des urines, sans troubles vésicaux, sans augmentation cependant du volume de l'organe malade, qui plongent le patient dans un profond état d'anémie.

Plusieurs observations le démontrent. L'une appartient à Czerny et se lit dans la thèse de Vigneron. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, chez laquelle la turberculisation rénale s'annonça par une hématurie qui dura trois mois consécutifs.

Le second cas, publié par Haberson (*Lancet*, 31 janvier 1880) et cité par Vigneron, a trait à un homme de vingt-huit ans, qui pissa du sang pendant quatre mois consécutifs.

Le troisième a été rapporté par Tuffier qui put établir d'une façon certaine et évidente l'existence d'une forme hématurique de la tuberculose rénale. Il se trouvait en présence d'une femme qui, après avoir eu pendant un certain temps des

hématuries abondantes, mais intermittentes fut prise d'un pissement de sang considérable qui la plongea dans un abattement profond. Il y avait une absence complète de signes physiques ; il n'existait pas de purulence des urines ; le rein n'était pas augmenté de volume. Le diagnostic fut fait par l'endoscopie qui permit de surprendre venant de l'uretère gauche (le droit était absolument indemne) des bouffées de sang noir. La néphrectomie guérit du reste la malade.

M. le professeur agrégé Pousson nous a communiqué une observation analogue de tuberculose rénale primitive à forme hématurique que nous allons essayer de résumer.

Observation

M..., vingt-cinq ans, rentier, est venu il y a sept mois environ consulter M. le professeur agrégé Pousson pour une hématurie, qui sans aucun phénomène prémonitoire, se produisit vers le milieu du mois d'octobre 1893 et qui s'est continuée depuis lors sans interruption, mais avec des redoublements d'intensité jusqu'au milieu du mois d'avril 1894, époque à laquelle M... vint pour la première fois se faire examiner.

Il n'y a rien de bien remarquable à signaler du côté des antécédents personnels, pas plus que du côté des antécédents héréditaires. M... s'est pour ainsi dire toujours bien porté ; il n'a jamais eu d'affections vénériennes. Il a accompli son volontariat sans avoir éprouvé un changement quelconque du côté de son état physique excellent. Il n'a jamais souffert des reins, ni d'aucune autre partie de l'appareil urinaire.

Début et évolution de la maladie. — Le malade qui, au commencement du mois d'octobre 1893, avait été appelé à faire une période d'instruction fut pris, tout à coup, dès les premiers jours de son arrivée au corps, de cette hématurie, dont nous avons donné les caractères.

Comme le sang qui teignait son urine était en quantité assez faible, sans caillots, qu'il n'y avait aucun trouble apporté à la miction, aucune douleur, M... continua à faire son service, mais en présence de la persistance de l'hématurie, il se décida, après quelques jours, à entrer à l'infirmerie. Le repos et un traitement approprié par les hémostatiques ne modifièrent en rien la situation.

Le malade rentré chez lui dans les derniers jours d'octobre garde la chambre.

Le jour de la Toussaint, sans que rien ait été changé à ses habitudes, M... vit l'hématurie devenir subitement plus abondante, et les urines simplement rouges jusqu'alors, prirent une coloration noire très foncée en même temps qu'elles s'épaissirent et que des caillots accumulés dans la vessie déterminèrent de la gêne de la miction et même de la rétention pendant quelques heures. A ce moment aussi et pour la première fois, le malade ressentit des douleurs dans les lombes du côté droit. Très violentes, ces douleurs restèrent localisées et ne se propagèrent pas le long de l'uretère, vers l'aine, ni dans le testicule. Cette crise d'hématurie dura trois ou quatre jours. Le traitement consista dans l'administration de l'opium à l'intérieur et l'application de quelques ventouses sur la région lombaire. Les douleurs se calmèrent assez vite, mais l'urine resta foncée pendant quelques jours pour reprendre ensuite sa teinte rougeâtre habituelle.

Le reste du mois de novembre et tout celui de décembre se passèrent sans incidents. M... continua à rendre comme par le passé des urines rouges sans que le repos ou l'exercice, la marche ou la voiture aient la moindre influence sur leur coloration ou déterminent la plus petite douleur du côté des reins.

Au commencement de janvier, nouvelle crise de douleur rénale, toujours à droite et d'hématurie avec caillots et gêne de la miction. Moins intense et moins longue que la première, cette crise dure deux jours, après quoi les urines reprennent leur coloration rouge habituelle.

Vers le milieu de février, troisième crise hématurique analogue aux précédentes, et durant deux jours.

En mai l'état restant stationnaire, le malade n'éprouvant aucune douleur, reprend tout à fait le genre de vie qu'il menait avant de pisser du sang. Il se tient longtemps debout dans la journée, fait des courses assez longues à pied, va en voiture sans que tous ces exercices réveillent la moindre douleur du côté du rein, ni augmentent la proportion du sang contenue dans les urines.

Etat du malade lors du premier examen. — Le 12 mai M..., vient consulter pour la première fois M. le professeur agrégé Pousson. La pâleur extrême de son visage qui est celle des gens perdant depuis longtemps du sang n'échappa pas à notre maître.

La muqueuse des lèvres, celle des gencives, les conjonctives sont décolorées. Malgré cela, le pouls est assez plein, le malade a conservé ses forces et il n'a pas maigri, dit-il. Son appétit est bon, il n'a pas et n'a jamais eu de fièvre. Pas de sueurs nocturnes, pas d'essoufflement. Toutes ses fonctions se font bien, et il ne se plaint que de pisser du sang depuis sept mois, d'une façon constante et avec les redoublements que nous avons signalés.

Ayant fait de six à sept heures de chemin de fer pour se rendre à Bordeaux, il éprouve, dit-il, quelques douleurs dans les lombes à droite. Les urines qu'il rend devant M. le professeur agrégé Pousson, dans plusieurs verres, sont également teintées en rouge foncé; le sang est entièrement mélangé à l'urine et quelques petits caillots noirâtres du calibre d'une plume de corbeau et de quelques centimètres seulement de longueur se déposent au fond du dernier verre. Leur expulsion n'a donné lieu à aucun effort, aucune douleur, la miction d'ailleurs n'a jamais été douloureuse, ni fréquente : c'est ainsi qu'il est exceptionnel que le malade se lève la nuit pour uriner, et le jour il reste trois, quatre heures et plus sans en éprouver le besoin.

Le mélange intime du sang à l'urine, la nuance uniforme que ce liquide présente du commencement à la fin de la miction, l'absence de toute douleur et de fréquence des besoins d'uriner, donnent à penser que le sang provient non de la vessie, mais du rein, et l'examen qui fut fait du réservoir ne fit que confirmer cette opinion.

En effet, après s'être assuré que le canal est libre. avec un explorateur à boule numéro 40, M. le professeur Pousson introduit dans la vessie une sonde en caoutchouc numéro 18, qui donne d'abord issue à quelques grammes d'urine foncée comme celle émise par le malade un moment auparavant. La vessie ayant été lavée à l'acide borique, ce liquide ressortit clair et incolore jusqu'à la dernière goutte. La palpation bimanuelle du réservoir révéla une souplesse parfaite de ses parois, son expression entre le doigt rectal et la main hypogastrique ne détermina aucun saignement de la muqueuse.

L'exploration des deux uretères fut absolument négative : pas de douleur, pas de tuméfaction, pas d'induration le long de leur trajet. Il en fut de même de l'exploration des deux reins.

Comme il y a tout lieu de le supposer, en raison des douleurs que le malade a toujours ressenties à droite, au moment de ses crises hématuriques, que le rein de ce côté est la source de l'hémorrhagie, tous les moyens d'investigation que nous avons aujourd'hui pour surprendre les affections de ces organes furent mis en œuvre. Non seulement le rein droit ne parut pas augmenté de volume; mais encore il n'était nullement douloureux. Malgré cette intégrité apparente, M. le professeur Poussot n'en continua pas moins à localiser dans ce rein l'origine de l'hématurie, se réservant de contrôler ultérieurement l'exactitude de cette première partie de son diagnostic par l'examen cystoscopique. Il s'appliqua pour le moment à résoudre la seconde partie, à savoir la nature de l'affection rénale dont son malade était atteint. Toute idée de néoplasme bénin ou malin s'éliminant pour ainsi dire d'elle-même du fait que le rein n'est ni déformé, ni augmenté de volume et que le malade a conservé un état de santé relativement satisfaisant, les deux hypothèses suivantes : calcul ou tuberculisation du rein, furent avancées.

La physionomie des hématuries nullement influencées ni par le repos, ni par l'exercice, firent incliner vers la seconde. L'examen le plus minutieux qui fut fait à ce moment des testicules, des épididymes, du cordon, de la prostate et des vésicules ne révèla aucune lésion de ces organes, mais l'analyse bactériologique des urines vint trancher la question.

M. le professeur agrégé Denigès, à qui fut confié l'examen bactériologique, trouva de nombreux leucocytes nettement bacillaires.

Un traitement reconstituant fut ordonné : alun de fer, matico, arséniate de soude, etc., etc. Le malade fut prévenu, du reste, qu'une opération (néphrectomie) serait peut-être nécessaire.

Deux mois se passent sans amélioration ; il y a même eu deux crises hématuriques assez violentes.

Vers le mois de juin, le sang diminue pour faire place à du pus. L'état général reste cependant satisfaisant.

Un commencement d'infiltration de la prostate, des vésicules est noté.

Le 4 décembre, le malade est revu par M. le professeur Pousson qui, tout en constatant une pyélonéphrite, croit devoir faire simplement continuer le traitement médical, l'état général du malade étant satisfaisant.

Enfin, combien est lente avec un régime convenable la marche de la tuberculose purement vésicale. Ce n'est que bien tard qu'apparaissent les troubles de l'état général. En est-il de même lorsque l'appareil supérieur urinaire est pris? Le malade peut conserver encore pendant quelque temps un état général satisfaisant, mais il finit par devenir vite un véritable cachectique urinaire, et les troubles digestifs, la sécheresse de la langue, l'amaigrissement rapide, témoignent de la gravité des lésions.

Dans le travail publié par M. Donnadieu, nous trouvons un tableau vérifiant la vérité des assertions précédentes. Il est basé sur les résultats que lui ont donné les observations qu'il a pu recueillir.

Signes vésicaux.

Mictions fréquentes	7
Fréquence associée à d'autres signes nettement vésicaux	20
Douleur à la miction	4
Hématuries suivies bientôt d'autres signes de cystite	3

Signes rénaux.

Douleurs mal décrites de la région lombaire, que l'on ne peut rattacher d'une façon certaine à une lésion rénale	3
Douleurs nettement rénales	7
Tumeur rénale	1

Nous-même avons examiné les observations que nous avons pu trouver depuis 1892, et arrivons à des résultats à peu près proportionnellement analogues.

Qu'on nous permette de citer quelques observations dont plusieurs nous sont personnelles et qui viennent plaider en faveur de ce que nous avons énoncé précédemment. Nous ne relaterons que l'ordre d'apparition des symptômes, seul point intéressant du reste dans cette question de début.

Obs. I. — D... (Edouard), vingt-cinq ans. Pas d'antécédents tuberculeux. Pas de blennorrhagie.

Signes de début : Urines légèrement purulentes et fréquence des mictions, surtout le jour.

Signes d'examen : Induration du lobe droit de la prostate.

Spasme de la région sphinctérienne.

Obs. II. — H... (Ignace), quarante et un ans. Mère morte de la poitrine. Pas de blennorrhagie.

Signes de début : Fréquence d'abord nocturne des mictions (il y a cinq ans), purulence marquée, amaigrissement notable.

Signes d'examen : Prostate non hypertrophiée mais douloureuse; exploration de l'urèthre extrêmement douloureuse.

Obs. III. — D... (Edouard), trente-cinq ans. Pas d'antécédents héréditaires, bronchites fréquentes.

Signes de début : Fréquence des mictions (trois fois la nuit), purulence des urines. Il y a dix-huit mois, épididymite tuberculeuse.

Examen : Rien à la prostate, deux retrécissements de l'urèthre, spasme.

Obs. IV. — F... (Jean), vingt-six ans. Parents bien portants. Deux frères morts en bas âge. Sœurs chétives.

A eu une blennorrhagie et une orchite tuberculeuse.

Début : Sang dans les urines, fréquence très grande des mictions qui sont très douloureuses, incontinence nocturne, urines purulentes.

Examen : Prostate très grosse, bosselée, sensible.

Obs. V. — D.., (Joseph), vingt-sept ans. Père et mère morts de fluxion de poitrine. Le malade a des sueurs nocturnes : maigrit et s'enrhume facilement.

Début : Mictions fréquentes, hématurie (il y a un mois), fréquence d'abord diurne, puis nocturne.

Examen : On trouve seulement le col de la vésicule séminale gauche induré.

Obs. VI. — T... (Jules), quarante ans. Pas d'antécédents héréditaires. Un enfant mort de méningite. Rhume tous les hivers. Une blennorrhagie, il y a quatorze ans, bien guérie. Orchite à droite.

Signes de début : Il y a huit mois, quelques gouttes de sang à la fin des mictions. Plus tard, fréquence diurne excessive (toutes les deux heures). Les mictions ne sont pas douloureuses.

Examen : Col des vésicules induré, rien à la prostate, noyau dans l'épididyme droit (?)

Obs. VII. — Jacques D..., quarante sept-ans.

Début : Il y a trois ans, mictions fréquentes, non douloureuses, pas de pus ni de sang dans les urines.

Il y a un mois, prend une blennorrhagie. A dater de ce moment, la fréquence des mictions augmente (dix fois par nuit), les urines contiennent du pus et du sang.

Examen : Prostate dure, grosse, bosselée, douloureuse surtout à gauche. Le volume de la prostate diminue, mais les bosselures persistent.

Obs. VIII. — Guillaume B..., soixante-trois ans.

Début : Il y a six ans, orchite sans cause connue, à gauche d'abord, à droite ensuite. A gauche, suppuration dont on trouve des traces sur le scrotum.

Se plaint d'uriner très souvent depuis quatre mois.

Examen : Prostate normale ainsi que les vésicules, bosselures dans les épididymes.

Obs. IX. — Henri D..., trente-sept ans.

Pas d'antécédents bien nets. A pissé au lit jusqu'à quatorze ans. Blennorrhagie il y a deux ans.

Début : Il y a six mois, hématuries. Un mois plus tard, douleurs dans le flanc gauche. Depuis, mictions fréquentes et purulence des urines.

Examen : Prostate bosselée.

Obs. X. — Marcelin P..., dix-neuf ans.

Début : Coliques du côté droit ne coïncidant ni avec des troubles intestinaux, ni avec l'ictère. Elles ne sont pas irradiées. Deux mois plus tard, le malade urine souvent. Purulence des urines au début de la miction.

Obs. XI. — André C..., quarante-quatre ans.

Pas d'antécédents. Pas de blennorrhagie.

Début : Il y a deux mois, fréquence des mictions (quatre à cinq fois par nuit). Urines purulentes, quelques gouttes de sang.

Examen : Prostate un peu grosse, dure surtout à la périphérie. Spasme de la région membraneuse du canal de l'urèthre.

Obs. XII. — René F..., vingt et un ans.

Pas d'antécédents nets, pas d'affection vénérienne.

Début, il y a neuf mois, par fréquence des mictions, qui sont douloureuses. Urines parfois sanguinolentes.

Hématuries aggravées par les instillations de nitrate.

Le malade a beaucoup maigri.

Examen : Col de la vésicule gauche un peu gros.

Obs XIII. — Pierre T..., cinquante-un ans.

Pas d'antécédents tuberculeux. Blennorrhagie il y a trente ans. Pas d'orchite.

Signes de début (deux ans) : Mictions douloureuses; besoins impérieux d'uriner.

Signes d'examen : Urines contenant de nombreux filaments. Epididymes bosselés, tuméfiés.

Obs. XIV. — Jeanne P..., trente-six ans.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Pas d'antécédents vénériens.

Signes de début (deux ans) : Besoins fréquents d'uriner.

Obs. XV. — Paul T...; dix-neuf ans.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Pas d'antécédents vénériens.

Signes de début (deux mois) : Mictions fréquentes, surtout le jour (toutes les heures), quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Signes d'examen : Urines troubles. Rien aux épididymes, aux testicules. Prostate non bosselée.

Obs. XVI. — Jean M..., dix-neuf ans.

Blennorrhagie datant de quatre mois. Ecoulement pendant deux mois.

Signes de début (un mois). Emission fréquente d'urine. Douleurs à la fin des mictions.

Signes d'examen : Léger noyau d'induration au niveau de la queue de l'épididyme.

Prostate un peu grosse sans bosselures.

Obs. XVII. — Edouard R..., vingt-cinq ans.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Pas d'antécédents vénériens.

Signes de début (deux mois) : Hématurie abondante à la fin des mictions. Mictions nombreuses.

Signes d'examen : Rien à la prostate. Rien à l'épididyme. Mictions douloureuses. Urines troubles.

Obs. XVIII. — Jules B..., cinquante-quatre ans.

Uréthrite il y a trente ans.

Signes de début (trois mois) : Besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit.

Signes d'examen : Rien à la prostate, aux testicules, aux épididymes. Urines troubles.

Obs. XIX. — G... (Paul), trente-quatre ans. Enfant morte de la poitrine. Pas d'antécédents vénériens.

Signes de début (six mois) : Mictions douloureuses, fréquentes. Quelques gouttes de sang à la fin des mictions.

Signes d'examen : Prostate un peu grosse sans bosselures. Urines louches.

Obs. XX. — A... (Ernestine), trente-trois ans. Mère morte phthisique. Pas d'antécédents vénériens.

Signes de début (vingt mois) : Sang à la fin des mictions. Mictions fréquentes.

Signes d'examen : Exploration de la vessie, négative. Urines louches contenant quelques caillots.

Obs. XXI. — G... (Gabriel), vingt-six ans. Pas d'antécédents tuberculeux.

Blennorrhagie il y a huit mois.

Signes de début (vingt-cinq jours) : Mictions fréquentes surtout le jour. Quelques gouttes de sang à la fin des mictions.

Signes d'examen : Urine rougeâtre, quelques petits caillots. Prostate peu grosse, mais bosselée.

Obs. XXII. — H... (Louis), dix-sept ans. Pas d'antécédents tuberculeux, pas d'antécédents vénériens.

Signes de début : Mictions fréquentes, douloureuses.

Signes d'examen : Douleurs lombaires remontant à quelques mois. Urines troubles. Pression du bas-fond de la vessie douloureuse.

CHAPITRE III

Par où la tuberculose débute-t-elle dans les organes génitaux.

De même lorsque la tuberculose s'attaque à l'appareil urinaire, elle peut frapper, à l'exception l'un de l'autre, le rein ou la vessie, de même lorsqu'elle se tourne du côté de l'appareil génital, cet appareil tout entier n'est pas soumis en même temps à ses coups. Testicules, épididymes, prostate, vésicules séminales, ne sont pas dans la majorité des cas envahis simultanément. Elle peut débuter par l'un ou l'autre de ces organes, laissant le reste de l'appareil absolument indemne.

C'est de ce point de départ que nous allons, du reste, nous occuper maintenant.

Pour arriver à notre but, examinons, comme nous l'avons déjà fait pour les autres parties de notre travail, les opinions des auteurs ; disons rapidement un mot sur les résultats que pourront nous donner les autopsies, et voyons ce que les données cliniques nous apporteront au sujet de ce début génital, par telle ou telle région.

1° Opinions des auteurs

De même que précédemment, nous avons trouvé du côté des auteurs, une divergence d'opinions considérable, de même ici, sommes-nous en face de plusieurs écoles qui, toutes, veulent apporter des preuves établissant l'exactitude de leurs idées.

Pour les uns, le point de départ, dans la très grande majorité des cas, résiderait dans l'épididyme seul, ou atteint en même temps que le testicule ; pour les autres, le processus parti de la prostate, de l'urèthre prostatique, suit les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales et le cordon pour gagner le testicule.

Les auteurs contemporains vont, seuls, nous intéresser.

Lorsqu'il y a des tubercules dans quelques parties des voies génitales, il y en a dans l'épididyme, dit Ricord. Dans son *Traité d'anatomie*, M. Tillaux reproduit la même idée : « L'induration partielle de l'épididyme s'observe fréquemment dans deux circonstances principales : dans l'affection tuberculeuse et à la suite de l'épididymite aiguë. Les tubercules des voies génitales débutent presque toujours par l'épididyme où ils se présentent sous forme de noyaux très durs, arrondis, nettement délimités. »

Dufour, nous l'avons déjà cité, donne le testicule comme étant le point de départ non seulement de la tuberculose génitale, mais de la tuberculose génito-urinaire.

Le professeur Guyon considère les lésions du testicule et des vésicules séminales comme les plus fréquentes. Duplay, qui professe la même opinion au point de vue du début par

l'épididyme et le testicule dit qu'elles s'accompagnent en général des lésions de même nature du canal déférent et de la prostate.

Reclus, qui s'occupe beaucoup dans son *Traité de Chirurgie* de cette question de début, admet que le testicule semble un lieu de prédilection pour l'envahissement tuberculeux et « bien souvent, dit-il, sans vouloir, comme Velpeau, faire de la tuberculose du testicule une tuberculose absolument spéciale, on rencontre bien souvent, certaines formes solitaires de tuberculose testiculaire qui demeurent bien longtemps stationnaires. »

Cette prédisposition à l'envahissement tuberculeux est ainsi expliquée par Reclus :

« Il ne suffit pas que le bacille arrive au contact des tissus; les tissus lorsqu ils sont sains, se défendent contre l'invasion et certaines circonstances sont nécessaires, qui affaiblissent leur résistance pour « faire son lit à la tuberculose ». Les privations, la misère, les excès de toutes sortes, des maladies antérieures peuvent provoqner son apparition chez des individus autrefois vigoureux; le terrain est préparé; que le germe y tombe, et il fructifiera. Nous parlons ici de l'organisme en général. Mais un tissu particulier, un organe, un appareil se débilitent sous l'influence de certaines conditions défavorables, tandis que l'ensemble de l'économie conservera sa force première. Ce tissu, cet organe, cet appareil devient un lieu de moindre résistance, et un choc, incapable d'ébranler tel autre point de l'organisme, suffira pour déterminer le développement de la maladie. Ne sera-ce pas vrai, surtout du testicule flottant, pour ainsi dire, et par cela même exposé à plus de violences et de heurts ! Et puis n'a-t-il pas des causes nombreuses d'excitations ou d'affaiblissement? Ne peut-il y avoir pour lui une tuberculisation locale qui tient

à des causes locales, comme il y a des tuberculisations généralisées qui tiennent à des causes générales ? »

Vogel, Rokitansky professent une opinion analogue ; pour eux la tuberculose débute par le testicule.

Voillemier et Le Dentu donnent comme étant le cas le plus ordinaire le début testiculaire, et bien qu'il soit prouvé, disent-ils, que la prostate puisse être seule atteinte, en général les individus qui présentent des tubercules dans la prostate en ont en même temps dans le testicule et dans l'épididyme.

Cayla, bien que prétendant que le clinicien peut être victime d'une illusion, est obligé de constater que la première manifestation apparente, la première détermination appréciable de la tuberculose génitale n'est pas autre chose qu'un gonflement douloureux de l'épididyme.

M. Emile Forgue, dans son article sur la tuberculose de la prostate, dans le *Traité de chirurgie*, dit que dans la plupart des cas, les malades qui ont des tubercules dans la prostate en ont également dans l'épididyme et le testicule, sans qu'il soit possible, du reste, de préciser quel organe a commencé. Il est logique, ajoute-t-il, de penser que le processus parti de l'urèthre prostatique suit les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales et le cordon pour gagner le testicule, et quelques faits où la glande se montre caséifiée et abcédée, alors que les noyaux épididymaires sont petits et crus, paraissent justifier cette hypothèse ; mais la disposition inverse s'observe plus fréquemment.

Dans les *Annales des maladies des organes*, de 1893, Lancereaux, à la suite d'une observation de tuberculose primitive des voies génitales, est arrivé aux conclusions suivantes : La tuberculose urinaire, dit-il, commence le plus souvent par la vessie, atteint ensuite les uretères, les bassinets, les calices,

le sommet des pyramides et enfin la substance corticale. De même la tuberculose génitale affecte, tout d'abord, la prostate, puis les vésicules séminales, les canaux déférents et l'épididyme ; elle a aussi une marche ascendante qui rappelle celle de la blennorrhagie.

L'observation qu'il publie, ajoute-t-il, et qu'il a choisie entre plusieurs autres absolument semblables, est un exemple de la marche toute particulière de la tuberculose des voies génitales. Elle mérite une attention d'autant plus grande, dit-il, dans ses conclusions, qu'elle est contraire à une opinion généralement répandue et qui paraît tendre à s'accréditer de plus en plus dans la science.

Cayla, bien que citant des observations de Viard, de Dufour, de Tuffier, de Féré, de Jamin, où les organes génitaux urinaires ont été pris sans que la vessie soit atteinte, prétend que « l'infection bacillaire suit le courant de l'urine et remonte le cours du sperme » que, de la prostate, le processus envahit les vésicules, le canal déférent, l'épididyme et le testicule. Lécorché, Durand-Fardel, Kœnig, Gaultier, admettent également ces conclusions.

Est-il nécessaire de rappeler, ici, l'existence de cette « porte d'entrée » qu'admettent Verneuil et Conhneim ; la migration jusqu'à l'épididyme et son infection pendant le coït avec une femme tuberculeuse. Non seulement des observations d'enfants en bas-âge atteints de tuberculose génitale, et d'un autre côté les conditions absolument défavorables à cette inoculation directe chez l'adulte rendent absolument invraisemblable cette « porte d'entrée ».

2° Résultats fournis par les autopsies

De même que chez le tuberculeux urinaire, nous avons remarqué, au point de vue des lésions, une complexité extraordinaire, de même chez le tuberculeux génital, nous sommes frappé de la multiplicité des altérations que nous donnent la prostate ainsi que l'épididyme, le testicule, les vésicules séminales et les canaux éjaculateurs au moment de l'autopsie.

Retrouver un point de départ, est dans la majorité des cas impossible au milieu de ces modifications et de ces dégénérescences tuberculeuses.

Du côté de la prostate, augmentée du reste plus ou moins de volume, on rencontre en général quelques rares granulations grises, perdues au milieu d'une foule de granulations jaunes en voie de ramollissement, agglomérées pour la plupart en un magma puriforme, constituant un abcès tuberculeux.

Une coque purulente peut même représenter la prostate, ainsi que Dufour et Durand en ont cité des observations.

« La localisation primitive et isolée dans la prostate est possible, dit M. Emile Forgue, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, mais la constatation autopsique en est peu fréquente ; la mort n'arrive qu'à la suite d'une infection généralisée; tous les organes peuvent être pris à des degrés divers, ajoute-t-il, et il devient difficile de hiérarchiser chacune des lésions. Dans la plupart des cas les malades qui ont des tubercules dans la prostate en ont aussi dans le testicule et l'épididyme, sans qu'il soit possible de préciser quel organe a commencé. »

Du côté du testicule en effet, que voyons-nous ainsi que du côté de l'épididyme ? Des granulations, des masses caséeuses, puriformes.

Envahi quelquefois dans sa totalité, le testicule alors plus volumineux présente à la coupe un immense foyer caséeux occupant son centre.

Quant au canal déférent, souvent atteint, rien n'est moins ordinaire que son aspect en grains de chapelet, caractéristique de son altération, du reste. Une matière crémeuse, sans spermatozoïdes, mais avec de rares bacilles, ne tarde pas à sourdre généralement, quand on sectionne ce canal et qu'on presse sur ses parois.

Le ramollissement des vésicules enfin, leur ouverture quelquefois dans le rectum, dans une caverne prostatique ont été notés souvent. Que faire au milieu de ce chaos! Est-il matériellement possible de désigner l'un quelconque de ces organes comme ayant été le point de départ du processus?

Non seulement ce serait, pour ainsi dire, impossible, et, d'un autre côté, nous ne sommes pas du tout fixé, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, sur la rapidité de l'évolution tuberculeuse dans l'une ou l'autre région.

3° Interprétation des données cliniques.

Au point de vue urinaire, nous avons vu que la clinique nous permettait d'arriver à un résultat convenable. En sera-t-il de même ici?

Le tuberculeux génital nous présentera-t-il des symptômes assez caractéristiques pour nous autoriser à fixer la porte

d'entrée de la lésion et établir quel est l'organe primitivement atteint?

La réponse ne peut qu'être affirmative. Un malade se présente au clinicien avec un gonflement douloureux de l'épididyme; on ne constate aucun écoulement uréthral; il n'existe pas de traumatisme antérieur; il n'a jamais eu d'orchite blennorrhagique, la palpation révèle une certaine dureté de l'organe avec bosselures. Il est impossible de rencontrer ailleurs la moindre lésion. Le diagnostic de début ne s'impose-t-il pas?

Un autre malade, fait assez commun du reste, voit tout à coup survenir du côté de son testicule une douleur spontanée vive, qu'exaspère la moindre pression, elle s'irradie le long du cordon et jusqu'au-delà du trajet inguinal. Le scrotum se tuméfie, la peau rougit et un épanchement soulève la tunique vaginale. Le gonflement porte aussi sur l'épididyme, devenu dur et résistant.

D'un autre côté le toucher rectal ne permet pas de constater du côté de la glande prostatique, la moindre bosselure. Il n'y a jamais eu d'écoulement uréthral, de « blennorrhagie tuberculeuse » ainsi qu'appelle Ricord, non seulement ces écoulements prodromiques mais confirmés de la tuberculose prostatique. Devons nous hésiter un seul instant et pouvons-nous ne pas donner comme début du processus la glande spermatique?

Un malade enfin éprouve depuis quelque temps une douleur sourde et lancinante du côté du périnée. Constipé, il éprouve au passage du bol fécal une douleur assez violente. Le toucher rectal, permettant d'examiner sa prostate constate une augmentation totale ou partielle de cette glande; çà et là le doigt explorateur trouve des points durs, des bosselures, des foyers limités de ramollissement, de vrais abcès.

Dans quelques cas, la glande, bourrée de granulations, offre, au toucher « la sensation de grains de plomb incrustés dans un parenchyme élastique ou rénitent. »

Aucune manifestation extérieure ne vient se montrer, du reste, du côté des autres régions de l'appareil génital.

Le point de départ de l'affection ne peut que résider dans la prostate.

Nous ne parlerons pas de la tuberculose des vésicules séminales.

Elle existe, en effet, trop rarement isolée, et d'un autre côté il est, surtout au début, très difficile d'arriver à leur assigner un envahissement primitif et isolé.

L'examen clinique va donc nous permettre d'arriver au résultat que nous désirions, à savoir si le processus a pris son origine dans la prostate ou s'il a envahi le testicule et l'épididyme.

Au point de vue thérapeutique, c'est la seule conclusion que nous désirions.

D'après les nombreuses opinions d'auteurs que nous avons pu examiner, il nous a été permis de constater que bien que la prostate puisse être atteinte la première et exclusivement du reste par la tuberculose (l'observation de Dufour est célèbre, Godard cite un fait où la tuberculose de la prostate précéda de six ans la dégénérescence épididymaire; nous-même, citons à la fin de ce chapitre, une observation de tuberculose primitive et isolée de la prostate que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Pousson), il arrive, en général, que le point de départ réside dans la glande spermatique qui peut être envahie seule, mais aussi bien souvent en commun avec l'épididyme.

Pour nous, l'examen des observations de la clinique des organes génito-urinaires, nous donne les renseignements

suivants au point de vue du début de la tuberculose dans telle ou telle région de l'appareil génital.

Nous avons examiné, en effet, les observations les plus importantes qui ont été prises à la consultation de M. le professeur agrégé Pousson depuis 1891. Bien qu'elles soient extrêmement résumées, comme les grands symptômes relatés dans leur ordre d'apparition y sont consignés, nous en citerons quelques-unes.

Obs. I. — Jules P..., 36 ans. Pas d'antécédents tuberculeux.

Orchite tuberculeuse. Noyaux épididymaires à droite. Lobe droit de la prostate un peu bosselé.

Obs. II. — Guillaume B..., 41 ans. Epididymite droite tuberculeuse avec hydrocèle.

Père mort phtisique. Lobe droit de la prostate un peu induré. Aucune douleur à la miction. Urines normales.

Obs. III. — Jean J..., 28 ans. Epididymite tuberculeuse gauche.

Mère morte poitrinaire. Rien à la prostate ni aux vésicules.

Obs. IV. — Paul A..., 30 ans. Epididymite et prostato-cystite tuberculeuse gauche.

Pas d'antécédents tuberculeux. Blennorrhagie il y a un an, guérie au bout de deux mois. Epididyme gauche infiltré ainsi que le lobe gauche de la prostate. Mictions douloureuses et fréquentes.

Obs. V. — Raoul D..., 30 ans. Tuberculose double des épididymes.

La prostate ne présente rien à signaler. Vésicules saines.

Obs. VI. — Baptiste J..., 25 ans. Tuberculose prostatique.

Sœur morte de la poitrine. A depuis quelques mois des mictions fréquentes. Noyau épididymaire à droite. Grosses bosselures du lobe droit de la prostate.

Obs. VII. — Auguste R..., 42 ans.

Pas d'antécédents tuberculeux. Noyau épididymaire à droite. Prostate normale ne présentant aucune bosselure. Pas de blennorrhagie.

Obs. VIII. — Jean P..., 31 ans.

Père et mère morts de cause inconnue. Femme morte phtisique. Sœur phtisique. Jamais de blennorrhagie. Epididymite tuberculeuse droite. La prostate n'est pas grosse. Elle est un peu indurée sur son bord gauche seulement.

Obs. IX. — Samuel P..., 18 ans. Testicule gauche tuberculeux.

Pas d'antécédents tuberculeux. Le malade ne présente pas d'écoulement uréthral. Testicule gauche tuméfié et infiltré depuis quinze jours. Epididyme gauche bosselé. Pas de mictions nocturnes. La prostate est souple, ni grosse, ni bosselée.

Obs. X. — Jean S..., 18 ans. Orchite tuberculeuse.

Jamais de blennorrhagie ni de chancre. Le testicule gauche est gros dans son ensemble, donnant la sensation d'un galet. Cordon un peu volumineux mais pas moniliforme. La prostate, absolument normale, est souple et ne présente aucune induration.

Obs. XI. — Jules J..., 29 ans. Cystite tuberculeuse. Testicule tuberculeux.

Il y a huit jours, vit son testicule droit grossir. Pas de traumatisme. Avait pissé du sang plusieurs fois depuis trois semaines. La prostate est normale, peut-être un peu grosse. Il y a un gros noyau dans l'épididyme droit.

Obs. XII. — Georges S..., 17 ans. Prostate tuberculeuse.

Rien à noter du côté des antécédents. Testicule gauche un peu gros, un peu bosselé. Le bord gauche de la prostate est dur et bosselé.

Obs. XIII. — Jacques G..., 25 ans. Prostate tuberculeuse.

Pas d'antécédents vénériens ni tuberculeux. Depuis quinze jours, le malade éprouve de la difficulté à uriner. Souffre beaucoup en urinant. La prostate présente un lobe droit gros et dur. Ecoulement blanc ressemblant à du sperme, mais ne venant pas par éjaculation.

Obs. XIV. — Emmanuel J..., 24 ans. Epididyme gauche tuberculeux.

Pas d'antécédents à noter. La prostate ne présente rien à signaler.

Nous pourrions citer plusieurs autres observations. Voyons simplement quels résultats elles nous donnent.

Nous rencontrons la prostate saine chez six ou sept malades qui ont de la tuberculose de l'épididyme ou du testicule.

En général, l'épididyme et le testicule sont envahis à la fois.

Nous notons également quatre ou cinq observations de prostate tuberculeuse sans notification du côté des autres régions de l'appareil.

Citons ici une observation que nous a fournie M. le professeur agrégé Pousson, de tuberculose isolée et primitive de la prostate.

Le 30 décembre 1894, dit M. le professeur agrégé Pousson, X... vient me consulter et me remet la lettre suivante de son médecin :

P..., âgé de quarante-sept ans est doué d'une bonne constitution et a toujours joui d'une excellente santé ; il n'a même pas eu de maladies vénériennes. Il habite un logement sain, mène une vie sage et tranquille, sans excès d'aucune sorte, sans fatigue, très hygiénique en un mot.

Cependant, depuis une vingtaine d'années, il était sujet à des écoulements uréthraux d'un liquide blanchâtre, filant, visqueux, qui survenaient habituellement dans les efforts de défécation, quelquefois spontanément. M. P... ne tenait nul compte de ces écoulements qui ne le faisaient pas souffrir.

Depuis quatre ou cinq ans, ces écoulements étaient plus fréquents. En outre, les besoins d'uriner se faisaient sentir plus souvent, sans que le malade ait remarqué si la fréquence des mictions se répétait plus souvent la nuit que le jour. Le jet de l'urine paraissait moins fort et ne sortait qu'après une attente assez prolongée.

Les choses en étaient là, et M. P... ne s'en préoccupait pas, lorsqu'au mois d'août dernier, après quelques heures de fatigue par une extrême chaleur, M. P... se trouva dans l'impossibilité de satisfaire un besoin pressant d'uriner. Il rentra chez lui, prit un bol de tisane, se reposa et put enfin vider sa vessie.

M. P..., je le répète, n'était nullement préoccupé de son état et ne m'en avait jamais parlé, lorsque, le 29 septembre, il fut pris d'une rétention d'urine qui le força à m'appeler.

La rétention était complète, absolue, les douleurs intolérables, il fallait donc soulager le malade.

Je commençai par explorer les voies. L'explorateur à boule numéro 19 vint buter contre un obstacle à une distance de 17 centimètres du méat urinaire et ne put passer. Le numéro 18 put franchir sans violence, en donnant la sensation d'un léger ressaut, bien différent toutefois de celui que fait ressentir un rétrécissement cicatriciel du canal. Les indices fournis par cette exploration faisaient déjà pressentir le diagnostic, mais en raison des douleurs violentes, je courus au plus pressé et je pratiquai le cathétérisme au moyen d'une sonde de Nélaton.

Le toucher rectal a complété les éléments du diagnostic. A peine introduit dans le rectum, le doigt vient se heurter contre une tumeur arrondie, d'un développement symétrique, du volume d'une petite pomme, qu'on limite sur les côtés, mais dont on atteint difficilement la partie supérieure.

Cette tumeur, très dure et indolente dans presque toute son étendue, est un peu plus souple et sensible à droite.

Tous les signes que je viens d'énumérer ont amené à établir le diagnostic de sclérose avec hyperthrophie de la prostate et prostatorrhée.

Depuis le début des accidents, la situation n'a pas changé. M. P... ne peut uriner qu'au moyen de la sonde. Plusieurs fois par jour, le plus souvent quand la vessie est pleine, mais d'autres fois aussi lorsqu'elle vient d'être vidée par le cathétérisme, le malade éprouve des crises de douleurs dans le bas-fond de la vessie, le périnée, les aines, qui se terminent bientôt par l'écoulement de matières blanchâtres, quelquefois sans écoulement aucun. Le cathétérisme répété a nécessairement produit une certaine irritation du canal de l'urèthre et, dans quelques circonstances, une légère hématurie, due sans nul doute à une érosion de la portion prostatique de ce canal. Il y a eu, en outre, des symptômes de cystite, avec urines purulentes et sanguinolentes qui paraissent et disparaissent sans qu'on puisse attribuer ces alternatives à un résultat thérapeutique.

L'état général est bon.

Le traitement a consisté dans : régime sévère ; usage de l'iodure de sodium à la dose de 2 grammes par jour; suppositoires belladonés et iodurés; bains de siège tièdes; lavements d'eau très chaude; salol; essence de santal; cathétérisme répété.

L'examen de l'appareil génito-urinaire, auquel je me livre après avoir pris connaissance de cette lettre, ajoute M. le professeur agrégé Pousson, me donne les résultats suivants : testicules et épididymes sains, cordons normaux; la vessie n'est pas sensible à la pression; au toucher rectal la prostate est grosse, le lobe droit surtout est augmenté de volume et bosselé; il m'est impossible d'atteindre le bord supérieur de la glande en raison de son développement. Le canal reçoit facilement un explorateur à boule n° 18, pas de ressaut, pas de spasmes, mais grande sensibilité de la traversée prostatique. Au retrait de l'instrument je constate sur son talon une sanie blanchâtre mais pas trace de sang. La sonde en caoutchouc, dont le malade se sert habituellement pour vider sa vessie, passe avec la

plus grande facilité et j'extrais environ 300 grammes d'urine limpide, ne paraissant contenir à l'œil nu, ni sang, ni pus. L'exploration des uretères et des reins est négative.

Etant donné l'âge du malade et les caractères particuliers de l'augmentation de volume de la prostate (bosselures), je tiens pour suspect le diagnostic d'hypertrophie simple et incline vers celui de tuberculose. Cette idée cadre d'ailleurs avec la marche qu'a eue l'affection, avec les symptômes généraux que le malade a présentés enfin avec les signes stéthoscopiques que je constate du côté des poumons.

L'examen bactériologique des urines pratiqué par mon collègue Denigès confirme ce diagnostic en décelant la présence des bacilles.

J'institue un traitement antibacillaire et reconstituant et renvoie le malade dans son pays. Trois semaines après je recevais une lettre de son médecin m'informant qu'il venait de succomber à des accidents aigus, du côté du poumon.

CHAPITRE IV

Conséquences thérapeutiques

L'anatomie pathologique, nous venons de le voir, ne nous a pas fourni de grands renseignements au sujet du début de la tuberculose dans l'appareil génito-urinaire.

Il n'en a pas été de même pour les examens cliniques, car dans la plupart des cas, et c'est là l'important au point de vue thérapeutique, l'observation attentive et rigoureuse du malade a permis d'affirmer que dans la grande majorité des cas la vessie se plaint la première, que le rein d'un autre côté n'entre manifestement en scène et ne décèle ses lésions que longtemps après ; qu'enfin du côté de l'appareil génital, si la prostate peut être la première envahie, la manifestation initiale de la diathèse réside le plus souvent dans le testicule et l'épididyme.

Quelles conséquences thérapeutiques peut-il résulter de ces conclusions ?

Appareil urinaire.

Dans les cas bien rares où la douleur rénale apparaît avant tout signe de cystite, une opération quelconque est-elle autorisée de ce côté-là? Ne peut-on pas s'exposer, en effet, à tomber sur un rein parfaitement sain ? Grâce aux précautions antiseptiques, il n'en résulterait évidemment pas de graves inconvénients, mais cependant cette perspective ne peut que faire reculer un médecin prudent et consciencieux.

Ici peut se poser encore la question depuis si longtemps connue et règlée du « traumatisme réveilleur ».

Nous savons, en effet, et une quantité assez considérable d'observations l'ont démontré, qu'une manifestation externe d'une maladie générale, d'une diathèse, puisqu'il faut l'appeler par son nom, peut, lorsqu'elle est livrée aux mains d'un chirurgien, devenir l'origine de phénomènes généraux susceptibles, par leur explosion soudaine, d'enlever le malade.

Nous ne pensons pas que si un malade peut tirer un bénéfice quelconque d'une intervention chirurgicale, on doive reculer devant cette raison. Trop d'observations ont démontré que dans la majorité des cas, ces phénomènes généraux dont nous venons de parler ne se produisent pas.

Cependant, si tout à fait au début, l'intervention du côté du rein semble une chimère, lorsque l'existence de foyers secondaires peu accentués est constatée, un bénéfice énorme peut être tiré d'une opération que seul, dit Tuffier, la tuberculose pulmonaire grave, la cachexie avancée peut faire abandonner.

Toutes les fois donc que la suppuration est abondante,

qu'il y a rétention de pus, que la douleur rénale est vive, il faut agir. Nous nous trouvons en présence de deux opérations : la néphrotomie et la néphrectomie. Tuffier, dans les *Archives de médecine* de mai et juin 1892, nous donne à ce sujet des statistiques fort instructives :

Néphrotomie	25 cas.
Mortalité	47,8 0/0
Fistules	18,2 0/0
Récidives	26 0/0
Guérison	7
Néphrectomie :	
Mortalité	29,8 0/0
Résultats éloignés sur vingt-cinq cas :	
Suivis sans récidive plus d'un an	8
Suivis sans récidive plus de trois, quatre et huit ans.	10
Morts de tuberculose quelques mois après	5

La néphrectomie est donc moins meurtrière que la néphrotomie. Les résultats qu'elle donne, sont assurément supérieurs. Une condition indispensable, que nous tenons simplement à rappeler, avant d'entreprendre la néphrectomie, est l'examen minutieux de l'urine recueillie par un cathétérisme de l'uretère sain, provenant du rein destiné à faire à lui seul dans l'avenir la dépuration urinaire.

Du côté de la vessie, quel traitement de début instituerons-nous ? Evidemment, un traitement médical, s'attaquant à la diathèse générale, destiné à augmenter les forces de résistance de l'économie et à activer sa nutrition. Les frictions sèches, les bains sulfureux ou salés, le repos à la campagne, au bord de la mer, dans le Midi, le traitement thermal à Salies-de-Béarn, Luchon ou La Bourboule, sont recommandés

ainsi que les préparations arsenicales créosotées ou l'huile de foie de morue jointes à une alimentation substantielle.

Quant au traitement chirurgical, il ne s'imposerait que si des phénomènes de cystite, surtout à forme douloureuse, venaient à apparaître.

Ce traitement chirurgical ne nous arrêtera pas longtemps. Nous citerons les injections de nitrate d'argent comme étant absolument infidèles. L'iodoforme associé à l'huile, à la glycérine n'a donné à l'hôpital Necker que des résultats fort peu encourageants. M. le professeur agrégé Pousson possède néanmoins de nombreux cas, sinon de guérison du moins de grande amélioration produits par l'iodoforme.

Nous-même avons vu un malade qui, atteint de cystite du col souffrait et urinait souvent dès que l'emploi de l'iodoforme était suspendu. Les solutions de sublimé à 1/2000 employées en lavages n'ont pas donné de succès bien marqués.

M. Guyon a fort heureusement montré, trouvons-nous dans Reclus, que les instillations de sublimé pratiquées à certains titres (1/1000 ou 1/2000) pouvaient rendre les plus grands services; elles constituent, en effet, non seulement une indication symptomatique capable de diminuer la fréquence des mictions et des douleurs, mais encore agissent comme bactéricides, puisque les examens bactériologiques attestent la diminution, sinon la disparition des bacilles dans les urines après l'emploi prolongé de cette médication.

Quant à l'intervention sanglante, c'est-à-dire l'incision sus-pubienne, suivie de la cautérisation au chlorure de zinc ou au sublimé, qui n'a donné du reste, d'après les statistiques qui ont pu être établies, que des résultats médiocres, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire et utile d'y avoir recours au début d'une cystite tuberculeuse.

Appareil génital

Du côté de l'appareil génital, quelle conduite devons-nous tenir?

L'examen clinique nous a fait connaître que l'épididyme seul est atteint; aucune manifestation du côté de la prostate n'est appréciable, le malade, bien entendu, ne présente aucune autre particularité; que faire?

Théoriquement, il semblerait que le chirurgien doit, le plus tôt possible, pour enrayer le mal, débarrasser le malade de ses noyaux épididymaires tuberculeux. De même que le dit Reclus, dans le *Traité de chirurgie*, nous ne croyons pas qu'il faille se précipiter, le bistouri à la main, sur le malade. De nombreuses observations ont prouvé qu'il est préférable de traiter les manifestations aiguës par le repos et les antiphlogistiques, d'ouvrir, s'ils se forment, les abcès et de cautériser les fistules pour faciliter l'écoulement du pus et provoquer l'évacuation du foyer. Certains praticiens se sont très bien trouvés de l'injection, au moyen d'une seringue de Pravaz, d'éther iodoformé, en plein foyer caséeux, qui, souvent à la suite, fait place à un nodule ligneux. Tous ces procédés ont à leur actif des guérisons complètes; le foyer, en effet, est éteint et les bacilles sont encapsulés.

Quant à une intervention radicale dans le cas d'épididyme tuberculeux sans participation du testicule, il faut absolument s'en abstenir. On ouvrira les abcès, on dilatera les fistules, on pourra racler à la curette tranchante, enlever même au bistouri l'épididyme malade, mais on doit toujours dans ces cas-là, respecter le testicule.

Examinons maintenant quelle conduite doit suivre le chirurgien lorsqu'il se trouve en présence d'un testicule primitivement atteint. La glande, nous le savons, est en général perdue au point de vue fonction. Ce foyer tuberculeux ne peut-il pas devenir ensuite une source d'infection pour l'organisme ?

Telles sont les raisons que donnent les partisans de la castration. Quoique excellentes elles ne doivent pas dans tous les cas guider l'intervention. La glande peut être perdue au point de vue fonctionnel ; au point de vue moral, pour le patient, la conservation, si elle est possible, même par transformation nodulaire ligneuse d'un moignon de testicule est une considération dont on doit tenir compte.

D'un autre côté, les modes d'infection sont si nombreux et si fréquents que, tout tissu qui devient apte à cultiver les bacilles, en trouve toujours quelques-uns à portée pour s'inoculer à loisir.

Aussi ne pensons-nous pas qu'on doive pratiquer une castration hâtive, comme on enlève un cancer et croyons-nous qu'il est préférable de s'abstenir toutes les fois qu'on peut espérer l'évacuation assez prompte du foyer caséeux ou son enkystement.

Dans les suppurations intarissables, source d'affaiblissement pour l'organisme, lorsque, malgré tout ce qui a pu être tenté : injections, curetage, le patient ne pourra être débarrassé de ses foyers caséeux, la castration peut être autorisée, conseillée même, car de nombreuses observations démontrent que l'état général même, éprouve souvent un contre-coup salutaire à la suite de la castration.

Nous pensons qu'il y a lieu de citer ici l'opinion de notre président de thèse, M. le professeur Bouchard, qui admet dès le début de l'infection l'intervention radicale, la castra-

tion, de peur de voir survenir, dit-il, l'envahissement des ganglions pelviens.

Un diagnostic clinique de prostate tuberculeuse et seule tuberculeuse vient d'être porté, quelle conduite devons-nous tenir ? Evidemment le traitement général s'impose, qui a pu du reste, dans quelques circonstances, amener une guérison complète, constatée à l'autopsie. Quant à l'action chirurgicale sur une prostate qui suppure abondamment nous la considérons comme légitime. Il est loisible de marcher sur la glande et de gratter à la cuiller tranchante les clapiers e les points fongueux.

Quant aux vésicules séminales, et au canal déférent, si dans quelques circonstances, certains chirurgiens les ont enlevés au début de l'affection tuberculeuse, le traitement médical est, croyons-nous, le seul rationnel.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Que la tuberculose débute plus souvent par l'appareil urinaire que par l'appareil génital.

2° Que, dans l'appareil urinaire, elle s'attaque de préférence à la vessie.

3° Que, dans l'appareil génital, bien que pouvant débuter par la prostate, elle prend le testicule et l'épididyme comme point de départ le plus général.

4° Qu'enfin au point de vue thérapeutique, il faut, dans la tuberculose génito-urinaire, surtout dans la tuberculose génitale, le plus possible, être sobre du traitement chirurgical ; que ce n'est qu'après avoir pendant longtemps soumis le malade à un traitement médical, avoir essayé tous les moyens que nous

avons fait connaître : injections irritantes, raclage, etc., etc. qu'une intervention radicale est autorisée. La castration, croyons nous, s'impose seulement lorsque le testicule tuméfié et devenu douloureux est le siège de poussées aiguës, se déclarant de temps en temps ; lorsqu'enfin la rougeur du scrotum ne se dissipant pas, prouve par sa persistance que les parties profondes se désorganisent.

Vu, bon à imprimer :
Bordeaux, le 18 janvier 1895.
Le Président de la Thèse,
A. BOUCHARD

Vu : *Pour le Doyen* :
L'Assesseur : F. JOLYET

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 janvier 1895.
Le Recteur :
A. COUAT

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

Bierry. — Tuberculose primitive des voies urinaires. Th. de Paris, 1878.

Boursier. — Cystite tuberculeuse. — Th. de Paris, 1886.

Cayla. — De la tuberculisation des organes génito-urinaires. — Th. de Paris, 1887.

Delfau. — Tuberculose de la prostate. — Th. de Paris, 1874.

Dufour. — De la tuberculisation des organes génitaux de l'homme. — Th. de Paris, 1884.

Durand-Fardel . — Thèse de Paris, 1886.

Fernet. — Infection tuberculeuse par les voies génitales. (*Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux*, 26 décembre 1884).

Gaultier. — Tuberculose rénale primitive. — Th. de Paris, 1882.

Guyon. — *Affections chirurgicales de la prostate et de la vessie.*

Monod et Terrillon. — *Traité des maladies du testicule.* — Paris, 1889.

Reclus (Paul). — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. — Th. de Paris, 1876.

Tapret. — Tuberculose des voies urinaires. — (*Archives générales de médecine*, 1878).

Terrillon — Tuberculose génitale *Gazette des hôpitaux*, 1884.

Tuffier. — *Archives de médecine.* — Mai et juin, 1892.

Bordeaux. — Imp. du Midi, Paul Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.